

歯科・口腔外科 診療情報提供書 (紹介状)

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構

神戸中央病院 御中

名 称

住 所

医 師 名

印

先生侍史

TEL () -

FAX () -

患 者	(フリガナ) 氏 名		男 女	神戸中央病院受診歴 1 有 2 無	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	職業		
	住 所				
		自宅TEL () -	連絡先TEL () -		
主 保 険	保 険 者 番 号		記 号	番 号	
				1. 本人 2. 家族	
併 用 保 険	負 担 者 番 号		受 給 者 番 号		種 別
					老・乳・()
				有 無	
診 断 名		主 訴			
紹 介 目 的		1 診断・治療		初診日 年 月 日	
		2 抜歯			
		3 処置		部位 _____	
		4 入院 1) 一般病床 2) 開放型病床			
		5 その他 ()		()	
外来予約希望月日・曜日		第1 (月 日 曜日)		第2 (月 日 曜日)	
入院予約希望月日・曜日		令和 年 月 日 曜日		至急 ・ 空床待ち	
①主訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現象 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他					
患者に対する留意事項、薬物アレルギー、嗜好					

備考 1. 必要のある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。